

## MEDICAID AUTHORIZATION OF REPRESENTATIVE

### РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ ПРОСИТЕЛЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID

Эта форма должна быть заполнена лицом, заполнившим заявление на прием в программу Medicaid от имени просителя. Документация должна быть предоставлена департаменту социального и гуманитарного обслуживания округа/резервации по месту проживания просителя.

Заполняли ли Вы от имени просителя заявление на прием в программу Medicaid/BadgerCare и являетесь ли Вы опекуном или попечителем просителя, назначенным судом, или лицом, имеющим долгосрочную доверенность на управление финансами просителя?  Да  Нет

Если Вы ответили «Да», то Вы должны предъявить местному департаменту социального и гуманитарного обслуживания округа/резервации юридические документы, подтверждающие Ваши полномочия как назначенного опекуна или лица, имеющего долгосрочную доверенность на управление финансами просителя.

Являетесь ли Вы полномочным представителем, заполняющим заявление на прием в программу Medicaid/BadgerCare для иного лица?  Да  Нет

Если Вы являетесь полномочным представителем, тогда Вы и проситель должны заполнить нижеуказанные поля, и Вы должны подписать раздел «Права и обязанности» заявления на прием в программу Medicaid/BadgerCare. Кроме того, и Вы, и проситель должны подписать эту форму, чтобы Вы смогли выступать в качестве полномочного представителя.

Имя полномочного представителя (Фамилия, Имя, Отчество)

Телефон  
( )

Адрес проживания (улица, город, штат, индекс)

адрес электронной почты (необязательно, на Ваше усмотрение)

Я уполномочиваю \_\_\_\_\_ (имя представителя) выступать от моего имени при заполнении заявления на прием в программу Medicaid/BadgerCare, которое должно быть подано в департамент социального и гуманитарного обслуживания округа/резервации, управляющий программой, и при рассмотрении возможности получения мной услуг программы. Я также уполномочиваю своего представителя предоставлять информацию и документы, которые могут быть необходимы для установления возможности получения мной услуг программы Medicaid/BadgerCare. Вся информация, предоставленная мной моему представителю, является правдивой и точной, насколько мне это известно. Я и мой представитель понимаем, что наказанием за предоставление заведомо ложной информации может быть денежный штраф в размере до 25000 долларов, тюремное заключение на срок до семи лет и шести месяцев или и то, и другое, и исключение из программы Wisconsin Medicaid. (ПРИМЕЧАНИЕ: Вашу подпись должно засвидетельствовать другое лицо, а не Ваш представитель. Если Вы ставите крестик вместо подписи, то требуются подписи двух свидетелей).

ПОДПИСЬ - Проситель

Дата подписания

ПОДПИСЬ - Свидетель

Дата подписания

ПОДПИСЬ - Свидетель

Дата подписания

Как полномочный представитель, я понимаю, что представляю интересы вышеуказанного просителя при установлении возможности получения им услуг программы Medicaid/BadgerCare, и что представленная информация является правдивой и точной, насколько мне это известно.

ПОДПИСЬ – Полномочный представитель

Дата подписания